Szczecin, ………………………………. r.

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **PESEL**  |  |
| **DATA ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**  |  |
| **TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**  |  |
| **DYSCYPLINA NAUKOWA**  |  |
| **WNIOSKOWANY TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**  |  |
| **STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY****IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA**  |  |
| **JEDNOSTKA PROMOTORA** |  |
| **STOPIEŃ NAUKOWY****IMIĘ I NAZWISKO****PROMOTORA POMOCNICZEGO** |  |

|  |
| --- |
| **POWÓD PRZEDŁUŻENIA ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ[[1]](#footnote-1)** |
| [\_\_\_] wystąpienia istotnych nieprzewidywalnych zdarzeń losowych, uniemożliwiających doktorantowi dotrzymanie terminów realizacji zadań określonych w indywidualnym planie badawczym[\_\_\_] czasowej niezdolności do realizacji programu szkoły doktorskiej spowodowanej długotrwałym zwolnieniem lekarskim (powyżej 3 miesięcy)[\_\_\_] konieczności sprawowania długotrwałej osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny[\_\_\_] przygotowania rozprawy doktorskiej w formie cyklu publikacji, jeżeli wydanie publikacji znacząco opóźnia się z przyczyn niezależnych od doktoranta |
| **UZASADNIENIE PRZEDŁUŻENIA TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |
|  |
| **OPINIA PROMOTORA/ PROMOTORÓW** |
|  |

…………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

……………………...……………………………………… ………………………………………………………………

(czytelny podpis promotora pomocniczego) (czytelny podpis promotora)

|  |
| --- |
| **DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ** |
| **[\_\_\_] wyrażam zgodę [\_\_\_] nie wyrażam zgody**na przedłużenie terminu złożenia rozprawy doktorskiej do dnia ...............................................……………………………………………………………podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej) |

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)